

Anregung zur Einrichtung einer rechtlichen Betreuung gemäß § 1896, Abs. 1 BGB

(Bitte beachten Sie: Je vollständiger die Angaben, um so zügiger erfolgt die Bearbeitung.)

An

- Betreuungsbehörde Mainz**, Kaiserstraße 3 – 5, 55116 Mainz
Fax: 12 39 50
- Amtsgericht Mainz**, Abteilung für Betreuungsverfahren,
Ernst-Ludwig-Straße 7, 55116 Mainz, Fax: 141 63 30

Absender:

Heim / Klinik:

Sozialdienst / Station / Abteilung:
.....

Ansprechpartner: Telefon Fax

Beratungs-/Koordinierungsstelle:

Ansprechpartner: Telefon Fax

Sozialpsychiatrischer Dienst:

Ansprechpartner: Telefon Fax

Anlagen (. . . . Seiten):

- Angaben zur Person
- ärztliche Stellungnahme
- Sozialbericht
-

Angaben zur Person

| | | | |
|---------------|---------------|---------------------|--|
| Familiennamen | | Vorname | |
| geboren am | Familienstand | Staatsangehörigkeit | |

| | |
|-----------------------------|-----|
| Anschrift | |
| Telefon/Mobiltelefon | |
| Aufenthalt zurzeit: | von |
| Telefon: | bis |

| |
|---|
| Angehörige (Name, Vorname, Anschrift, Telefon) |
| |
| |
| |
| |
| Kontakt-/Vertrauensperson (Name, Vorname, Anschrift, Telefon) |
| |
| |

| |
|---|
| Vollmacht / Bankvollmacht: ja <input type="checkbox"/> (bitte beifügen) nein <input type="checkbox"/> |
|---|

| | |
|--|----------------|
| ambulanter Dienst: | Telefon |
| eingesetzt ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | |

| |
|----------------------|
| Krankenversicherung: |
|----------------------|

| |
|------------|
| Vermieter: |
|------------|

| | |
|----------------------|----------------|
| Hausarzt / Facharzt: | Telefon |
| Anschrift | |

| |
|--|
| Es besteht Handlungsbedarf in folgenden Angelegenheiten: |
| |
| |

| |
|--------------|
| Ergänzungen: |
| |
| |

| |
|--|
| Die o.a. Person ist mit einer rechtlichen Betreuung einverstanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Die o.a. Person kann sich zur Betreuung äußern: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |